

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

316

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 juin 1896 à 1 heure

PAR MAURICE BERTRAND

Né à Saint-Florentin (Yonne), le 29 avril 1870

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE QUELQUES

FAUSSES TUMEURS ABDOMINALES

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. { STRAUS, professeur.
GAUCHER, WIDAL, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

316

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0096

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

— THÈSE —

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 juin 1896 à 1 heure

PAR MAURICE BERTRAND

Né à Saint-Florentin (Yonne), le 29 avril 1870

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE QUELQUES

FAUSSES TUMEURS ABDOMINALES

Président : M. POTAIN, professeur.

*Juges : MM. } STRAUS, professeur.
 } GAUCHER, WIDAL, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTÉRIER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

ET DE MES GRANDS PARENTS

A MON PÈRE

A MA GRAND-MÈRE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POTAIN

Médecin à la Charité

Membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences

Officier de la Légion d'honneur

A M. LE D^r TEISSIER

Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital de la Charité.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE QUELQUES
FAUSSES TUMEURS ABDOMINALES

AVANT-PROPOS

Après une clinique, faite par M. le professeur Potain, sur un malade de son service, cardiaque qui présentait en même temps une fausse tumeur du foie, nous avons, sur le conseil de M. le Dr Teissier, rassemblé quelques cas de tumeurs abdominales apparentes. Nous allons essayer, à l'aide de ces faits, d'indiquer leur genèse, leur évolution, les erreurs auxquelles ils exposent, et ce que la thérapeutique nous offre de ressources pour les combattre.

Nos recherches ne nous ont révélé aucun travail

suivi sur ce sujet, du moins en France, les quelques observations que nous avons recueillies étaient l'objet de publications isolées. La savante clinique de notre maître, le professeur Potain, rapportée dans la *Semaine Médicale* du 27 mai 1896 et celle d'un auteur américain, Da Costa, nous serviront de guide.

Qu'il nous soit permis avant de terminer cet avant-propos, de remercier M. le professeur Potain du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de ce modeste ouvrage, ainsi que son chef de clinique, M. le Dr Teissier, qui a bien voulu nous en donner l'idée et nous éclairer de ses conseils.

HISTORIQUE

Un auteur américain, Da Costa, fit dans l'année 1870-1871 une clinique sur plusieurs malades de son service, qui présentaient des tumeurs abdominales remarquables par leur peu de stabilité et par leur propriété de disparaître dans certaines conditions. Avant lui, plusieurs faits de ce genre avaient été publiés sous le nom de tumeurs fantômes, mais sans qu'aucune étude ait été faite sur leur nature. Mauriceau et les accoucheurs de son temps avaient bien reconnu l'existence de fausses grossesses, dues à l'imagination exaltée de leurs clientes, mais ils ne connaissaient pas l'hystérie. C'est à Charcot et à ses élèves que revient le mérite d'avoir fait connaître cette maladie. De la contracture hystérique, si bien étudiée dans les thèses d'agrégation de M. le professeur Straus en 1875 et de M. le Dr Lober, en 1886, à la fausse tumeur d'origine nerveuse, il n'y a qu'un pas. Il suffit qu'une hystérique contracte ses muscles abdominaux pour qu'il en résulte une anomalie de la paroi donnant l'illusion d'un néoplasme. C'est ce que M. le pro-

fesseur Potain a démontré dans la clinique où il a groupé un certain nombre de faits de ce genre à l'occasion du malade qui portait une fausse tumeur du foie, occasionnée par le déplacement de cet organe.

DEFINITION

MM. Cornil et Ranvier définissent la tumeur, « toute masse constituée par un tissu de formation nouvelle » ; autrement dit, tout néoplasme ayant de la tendance à persister ou à s'accroître, est une tumeur. Cette excellente définition, qui s'applique si bien au néoplasme, ne saurait convenir au groupe de faits que nous avons en vue dans ce travail. Derrière la paroi abdominale, le palper nous révélera des saillies dues à des contractures musculaires, à des rétentions de produits de sécrétion, solides, liquides ou gaz, à des déplacements d'organe. Ce ne sont pas des néoplasmes, aussi les appellerons-nous faux néoplasmes, fausses tumeurs. Leur véritable nature sera d'ailleurs quelquefois très difficile à établir, et le diagnostic nous échappera au moment où nous nous en croirons sûrement possesseur. C'est pourquoi les auteurs étrangers ont encore appelé certaines de ces tumeurs : « tumeurs fantômes, tumeurs apparentes. »

CLASSIFICATION

Par ces dénominations, ils désignent principalement un groupe de tumeurs, qui nécessitent pour se produire un tempérament nerveux et un état mental du sujet qui les porte. A ce groupe nous ajouterons les grossesses imaginaires.

Puis nous en rapprocherons les fausses tumeurs mobiles et fugaces comme elles, dues à un état particulier de la paroi abdominale et des viscères qu'elle contient.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

Les fausses tumeurs d'origine nerveuse se développent, comme leur nom l'indique, chez des névrosés rentrant dans la catégorie des hystériques et des hystéro-neurasthéniques. L'état mental de ces malades, les contractures auxquelles ils sont sujets, favorisent tout spécialement le développement des tumeurs apparentes. Ces contractures, très variables comme siège, intensité, étendue et durée, se rencontrent à la tête, aux membres, au tronc ; pourquoi respecteraient-elles les muscles de l'abdomen ? Dans sa thèse d'agrégation de 1886, le Dr Lober place leur point de départ dans une auto-suggestion créée par une idée fixe, l'idée d'impuissance motrice ou l'idée de douleur se développant sous des influences extérieures variables telles que : le traumatisme, l'émotion, l'imitation. Qu'une hystérique placée dans ces conditions contracte ses muscles abdominaux, que son imagination pleine d'idées bizarres et d'illusions, établisse l'existence d'un néoplasme, la fausse tu-

meur est constituée (Obs. X, XIII, XIV, XV, XVI).

La grossesse imaginaire appartient à des faits de ce genre. Une femme qui désire immodérément être mère, ou qui redoute une maternité déshonorante, ne tarde pas à prendre son désir ou sa crainte pour une réalité. L'existence d'un enfant dans son sein ne fait plus pour elle aucun doute. Trompée elle-même, elle fait partager son erreur aux personnes qui l'entourent. Et c'est dans de telles conditions que le médecin devra se prononcer (Obs. XVII à XX).

Mobiles et fugaces, les fausses tumeurs du second groupe n'ont plus pour origine l'état mental du sujet qui les porte. Elles ont, pour point de départ, le déplacement des organes contenus dans la cavité abdominale, la distension de ces organes par des solides, des liquides et des gaz, la structure particulière de la paroi chez certains sujets.

Le rein, la rate, sous l'influence de prédispositions congénitales ou bien à la suite d'effort ou de traumatisme, quittent leurs loges, pour occuper dans le ventre des positions aussi variées qu'anormales (Obs. IV et V).

Le foie refoulé par l'ascite en haut et en avant vient étrangler son bord antéro-inférieur sous la cage thoracique, il présente à ce niveau une tumeur rénitente qui donne l'illusion d'un kyste hydatique ou d'une vésicule biliaire trop remplie (Obs. I).

Cette vésicule, dans d'autres cas, distendue par la bile dont le cours est arrêté par un calcul ou par l'inflammation des canaux biliaires, produit une tumeur que l'on prend pour un cancer ou pour le rein. L'obstacle disparu, le liquide reprend son cours, la tumeur s'en va (Obs. IX).

Du petit bassin émerge une grosseur, ronde, fluctuante, il s'agit d'un kyste de l'ovaire ou d'ascite, peut-être de grossesse ? On sonde la malade, il s'agissait de plusieurs litres d'urine (Obs. VII).

Une jeune fille se plaint de douleurs dans le bas ventre, le palper révèle un utérus gros, sensible, il y a tumeur utérine ? Les règles viennent, la tumeur s'en va ; c'était une congestion.

Une femme porte, à la région épigastrique, une tumeur douloureuse, de la grosseur d'un œuf, animée de battements de transmission. Cette femme vomit et maigrit de jour en jour, elle a de l'ictère. Elle porte un cancer ? Un purgatif drastique l'en débarrasse (Obs. VIII).

A ces faits, ajoutons que l'estomac et l'intestin, dilatés par des gaz, peuvent produire des tumeurs que quelques éructations font changer de volume ou disparaître. Et nous aurons énuméré, je crois, les principales causes de tumeurs apparentes d'origine organique.

Que dans de telles conditions, le malade ait une paroi abdominale molle, flasque, peu résistante, elle se laissera déprimer par les organes qu'elle

recouvre, et suivant la position prise par le sujet, une tumeur apparaîtra.

A cette laxité de la paroi, comme causes possibles de fausse tumeur, ajoutons : le développement exagéré de la graisse dans le tissu cellulaire abdominal, cas fréquent chez les femmes (Obs. III) ; l'irritabilité et la contractilité musculaire spéciale chez certains sujets (Obs. X), et la douleur comme cause de contractures chroniques. Que les vertèbres se trouvent atteintes d'arthrite ou d'une altération quelconque, les muscles droits antérieurs de l'abdomen ou fléchisseurs de la colonne vertébrale se paralysent plus que les extenseurs. Ce phénomène est inverse de ce qu'on observe au niveau des membres, mais comme le dit M. le professeur Potain, la loi de la paralysie des extenseurs n'est autre que la loi de la paralysie du plus faible. Aux membres, les extenseurs sont les plus faibles, parce qu'ils ne fonctionnent que comme antagonistes. A la colonne vertébrale, au contraire, où ils ont à soutenir les viscères, pour transformer la station quadrupède en station bipède, ils sont de beaucoup les plus puissants, tandis que les muscles droits qui fléchissent seulement la colonne vertébrale sans produire la constriction abdominale réservée aux muscles obliques et transverses, sont très faibles. Les fléchisseurs, selon l'expression de Duchenne de Boulogne, sont ici des antagonistes de muscles très actifs qui sont les extenseurs. Etant plus faibles que ces derniers,

ils seront plus vite frappés de parésie et faciliteront ainsi la production de fausses tumeurs. C'est ce qui arriva pour la malade de l'observation II.

SYMPTOMES

Le professeur Da Costa, dans sa clinique de 1870 où nous avons pris les observations XIV, XV, XVI, insiste sur les caractères très spéciaux des tumeurs d'origine nerveuse, qu'il appelle tumeurs fantômes.

Elles sont indolentes, peu stables, variables dans leur forme et leur volume. Si l'on exerce une pression à leur surface, elles se laissent facilement déprimer, et disparaissent momentanément. Elles se reproduisent avec la cessation de l'effort. La percussion dénote des zones tympaniques, d'autres mates ou submates, mais dans son ensemble la tumeur est sonore. La percussion pratiquée à petits coups séparés par un court intervalle de temps provoque sa disparition. Un courant faradique, d'intensité moyenne, produit le même effet au moment de son passage. Et s'il ne fait pas disparaître complètement la tumeur, il occasionne une variation dans sa forme, son volume et sa position. Le résultat est constant, si l'on administre au malade de l'éther et du chloroforme, avant que

l'anesthésie ne soit complète, bien souvent la tumeur est disparue.

Il faut tenir compte également de l'état de santé du sujet, qui n'est pas en rapport avec l'existence d'un néoplasme. Il présente souvent des stigmates hystériques. Enfin la tumeur est apparue brusquement à l'insu du malade, et elle a pris, en quelques minutes ou quelques heures, l'accroissement qu'elle présente au moment de l'examen.

Comme les tumeurs précédentes, la grossesse imaginaire nécessite un état mental du sujet qui doit aussitôt éveiller l'attention. La femme craint ou désire immodérément avoir un enfant. Souvent elle présente des stigmates hystériques.

Le palper et le toucher révèlent un utérus normal, ou tout au moins n'ayant pas le développement d'un utérus gravide. Le ballotement abdominal et vaginal ne sont pas perçus, et il est impossible après le cinquième mois d'entendre à l'auscultation, les battements cardiaques, qui coexistent toujours avec un fœtus vivant. Presque toujours il y a persistance des règles. Quant aux autres signes de la grossesse, ils peuvent faire plus ou moins défaut, comme le témoignent les observations XVII à XX.

Ces symptômes ne sont plus vrais pour les tumeurs dues au déplacement d'un organe interne. S'agit-il du rein, le malade éprouve une douleur sourde et vague ou quelquefois des crises plus aiguës ; il a la sensation de quelque chose qui se

décroche au moindre mouvement, ses douleurs s'exagèrent par la station assise ou debout prolongée, quelquefois par la constipation. Cet état s'accompagne souvent de troubles dyspeptiques. La palpation révèle une tumeur très mobile qui fuit sous les doigts, tumeur dont le volume et la forme rappellent le rein. Cet organe n'occupe plus sa loge habituelle, il est douloureux à la pression, et lorsqu'on le déplace, le malade éprouve une sensation de tiraillement.

Plus rares sont les déplacements de la rate, dont la fixité est plus grande, que celle du rein ; il faut un traumatisme pour la faire sortir de sa loge, aussi l'affection présente-t-elle des caractères moins chroniques. C'est ainsi que chez notre malade (Obs. V), nous trouvons une douleur vive au siège habituel de cet organe, des nausées, des vomissements, l'impossibilité de redresser le tronc. Enfin comme pour le rein la palpation dénote une grosseur ayant les dimensions et le volume de la rate.

La distension de la vésicule biliaire n'a pas de symptômes qui lui soient propres, mais comme elle provient de l'obstruction des voies biliaires, il faut tenir compte des faits dont elle peut être la conséquence, coliques hépatiques, ictère, inflammation des voies biliaires, compression possible de ces canaux par une tumeur, décoloration plus ou moins complète des matières fécales.

La dilatation gazeuse de l'estomac se traduit par des troubles dyspeptiques, digestions difficiles,

éructations nombreuses, rejet par la bouche de matières spumeuses très aérées.

La palpation dénote un organe de dimensions anormales, très sonore à la percussion.

L'accumulation de gaz dans l'intestin est caractérisée par une tension exagérée de la paroi abdominale, par du météorisme et du tympanisme.

La distension de la vessie par une grande quantité d'urine s'accompagne de phénomènes de rétention ou d'incontinence, quelquefois de fièvre urineuse. La tumeur ainsi constituée est globuleuse, mate, fluctuante : elle s'étend dans l'espace compris entre l'ombilic et le pubis, elle s'affaisse après le cathétérisme, et s'il est impossible, après la ponction hypogastrique.

La fausse tumeur produite par coprostase est dure, marronnée, ordinairement multiple et siège sur le trajet du côlon. Cette partie de l'intestin a son diamètre transverse plus ou moins distendu dans une ou plusieurs parties de son trajet. Il coexiste presque toujours de la constipation plus ou moins complète.

Pour ce qui concerne l'utérus, nous n'insisterons pas sur ses déplacements ou ses déviations, qui constituent un état pathologique bien établi, du domaine de la gynécologie ; nous n'insisterons que sur la symptomatologie de deux états pouvant produire des tumeurs apparentes ; je veux parler de la congestion de cet organe et de la grossesse

imaginaire dont la symptomatologie a été faite avec celle des tumeurs d'origine nerveuse.

La congestion utérine s'accompagne d'une sensation de pesanteur au bas-ventre, de douleurs vers les aînes et vers les cuisses, de sensibilité exagérée à la pression. Le flux menstruel est plus ou moins supprimé, et la tumeur s'affaisse lorsque les règles se rétablissent ; l'écoulement sanguin peut être alors très abondant.

Enfin la fausse tumeur est-elle due seulement à une surcharge graisseuse de la paroi abdominale, comme le cas est assez fréquent chez les femmes obèses, on trouve une saillie anormale, à contours mal définis, de consistance et de volume variables avec la position du sujet. Contracte-t-il ses muscles, la tumeur est dure et globuleuse ; les place-t-il dans le relâchement, la masse graisseuse s'étale molle et flasque. C'est ce qui fait dire à M. le professeur Potain, dans sa clinique, que la tumeur tenue dans la main n'est autre que le ventre lui-même.

Quant à l'irritabilité musculaire, elle est telle chez certaines personnes, qu'au moindre contact, elles contractent leurs muscles, au point de donner au palper des sensations absolument fausses. Et dans les cas de ce genre, ajoute M. le professeur Potain, on a beau placer les jambes en flexion sur les cuisses, et les cuisses en flexion sur le bassin, la contracture persiste.

Quant aux fausses tumeurs dues à la douleur,

elles sont des contractures de compensation, il faut chercher l'origine de cette douleur. La malade de l'observation II avait eu du rhumatisme. Elle avait de plus de l'ensellure lombaire, un diaphragme moins mobile qu'à l'état normal, une paroi abdominale plus tendue.

DIAGNOSTIC

Les fausses tumeurs présentent des caractères particuliers qui permettent de les distinguer des néoplasmes avec lesquels il est souvent facile de les confondre.

Pour les tumeurs d'origine nerveuse, il faut tenir un grand compte de l'état mental du sujet et des stigmates hystériques dont il peut être porteur.

Une grosseur brusquement apparue, qui n'occasionne pas de désordres sensibles chez celui qui la porte, qui disparaît sous l'influence de la pression, d'un courant électrique ou d'un anesthésique, qui présente de la sonorité dans des zones ordinairement mates, n'est certainement pas un néoplasme.

Mais plus facile est la confusion avec les fausses tumeurs, qui résultent de l'accumulation de gaz, solides ou liquides, dans des cavités naturelles, ou du déplacement des organes situés dans l'abdomen. Car ici les deux sortes de fausses tumeurs présentent des points communs, que nous retrou-

vons dans leurs alternatives d'apparition et de disparition, dans les modifications de leur volume à la pression, et quelquefois dans le tympanisme, quand il s'agit de gaz.

Ces caractères sont à peu près au complet dans la distension gazeuse de l'estomac. Mais il est rare que dans ce cas, il n'existe pas un état pathologique concomitant, tel que : la sténose pylorique, la dilatation de l'estomac, la gastrite se traduisant par une sensation de pesanteur et de brûlure au creux épigastrique, par des éructations, du pyrosis, des digestions pénibles.

S'il existe du liquide, il est facile de le percevoir par le clapotement. Après s'être livré à ces investigations, si le diagnostic est encore hésitant, l'examen du contenu de l'estomac, retiré à l'aide des tubes de Faucher ou Debove, tranchera la difficulté.

L'accumulation des matières fécales dans l'intestin est capable de produire une fausse tumeur variable dans sa forme, son volume et son siège, caractères suffisants pour faire méconnaître sa nature. La constipation est un symptôme dont il faut tenir un grand compte, dans la circonstance, mais si elle n'est pas absolue ou si elle n'a été que transitoire, elle ne nous est plus d'un aussi grand secours. Mieux vaut dans ce cas faire reposer le diagnostic sur l'examen de la tumeur. Celle-ci se trouve presque toujours sur le trajet du côlon dont le diamètre transversal est augmenté. Elle est rare-

ment unique, présente une surface inégale et bosselée, et la percussion pratiquée dans la région ne révèle pas le son tympanique qu'elle donnerait si la tumeur était constituée uniquement par des gaz. Elle ne sera de plus nullement modifiée par l'anesthésie du sujet.

La rétention d'urine peut occasionner des erreurs d'autant plus faciles à commettre qu'elle ne nécessite pas l'arrêt complet de la miction. L'observation VII nous montre combien le diagnostic se fit attendre.

Pour les cas de ce genre, si les renseignements fournis par le malade sont insuffisants, et si l'on conçoit quelques doutes sur la nature de la tumeur, il faut avoir recours au cathétérisme. Le cas est plus embarrassant, si l'on se trouve en présence d'une congestion utérine (Obs. VI). La tumeur est profonde, molle, fugace, sonore même, si l'intestin distendu par des gaz est placé devant. Mais il est deux grands signes qui permettront cependant d'éviter la confusion, ce sont : la diminution ou la disparition de la tumeur, au moment des règles, et son invariabilité lorsque le sujet est soumis à l'action du chloroforme.

Les déplacements d'organes sont plus faciles à reconnaître, pourvu que l'on y pense. Si la paroi abdominale ne permet pas de percevoir par le palper la forme de l'organe déplacé, il faut chercher à la place qu'il devrait normalement occuper. La percussion y révèle non plus de la matité, mais

une sonorité très accentuée. De plus s'il s'agit du rein, la palpation bi-manuelle pratiquée suivant le procédé du professeur Guyon dénote l'absence de ce viscère de sa loge habituelle. Il faudra tenir également compte du traumatisme ou de l'effort qui pourra n'avoir pas été étranger au déplacement de l'organe (Obs. IV et V).

Enfin, il est des cas où le diagnostic est à peu près impossible. C'est ainsi que, la vésicule biliaire distendue a été prise pour de l'ascite, pour un rein, pour un cancer, et la confusion n'a été reconnue qu'après la ponction ou l'autopsie. Des faits de ce genre sont relatés dans la clinique de M. le professeur Potain, et dans le manuel de M. le professeur Dieulafoy. Et Da Costa raconte que des chirurgiens américains, recherchant une tumeur de l'épigastre, tombèrent sur l'estomac. Ils furent avertis par l'échappement des gaz, et re-fermèrent aussitôt la plaie (Obs. XIV).

EVOLUTION. DURÉE. PRONOSTIC. TERMINAISON.

L'évolution des fausses tumeurs nerveuses ne ressemble en rien à celle d'un néoplasme. Elles se produisent en quelques instants, et prennent, dès ce moment, le développement qu'elles conserveront pendant toute leur durée. Leur siège n'est pas d'une fixité absolue, et il arrive de les rencontrer le lendemain dans une place différente de celle où elles avaient été constatées la veille.

Leur durée est des plus variables, elle s'étend de quelques instants à plusieurs années.

Le pronostic en est bénin ; par elles-mêmes, elles ne font courir aucun danger au malade. Mais si le sujet croit à l'existence d'une tumeur maligne, ou à la nécessité d'une intervention, il peut en résulter une attaque de neurasthénie ou de mélancolie qui porteront une grave atteinte à sa santé générale. Ces conditions se trouveront d'autant plus réalisées, que nous sommes en présence d'un tempérament nerveux, aux idées bizarres et exagérées.

Quant à la terminaison, elle est toujours spon-

tanée, la tumeur disparaît tout à coup, comme elle est venue, sans raison appréciable.

Les autres fausses tumeurs, de nature toute différente, n'ont pas la même évolution. Les déplacements d'organe occasionnent des douleurs qui rendent quelquefois la vie insupportable aux sujets qui en sont atteints, ils peuvent s'accompagner de troubles dyspeptiques, qui auront un grave retentissement sur l'économie. La rétention d'urine expose à l'empoisonnement urinaire, la rétention biliaire à l'ictère grave, aux suppurations hépatiques, à la rupture de la vésicule, la congestion utérine aux hémorrhagies, la coprostase à l'obstruction intestinale, à la typhlite, etc.

Ces tumeurs disparaissent par le traitement, spontanément, ou entraînent la mort du malade.

TRAITEMENT

La conduite à tenir en présence d'une fausse tumeur varie suivant sa nature. Le traitement local est d'un faible secours chez les sujets nerveux, mieux vaut s'occuper de leur état général et mental.

La suggestion, appliquée suivant les méthodes de la Salpêtrière, entraînera mieux que tout autre procédé la disparition de la contracture. L'hydrothérapie rendra également de grands services.

A l'intérieur, les antispasmodiques ; le valériate d'ammoniaque, l'asa foetida ; les sédatifs du système nerveux ; bromure de potassium et de sodium, peuvent être employés ; ils donneront quelquefois des résultats, mais le succès sera très inconstant.

Localement un courant électrique peut être efficace, en rendant aux muscles leur tonicité, en faisant disparaître aux yeux du malade une tumeur qu'il croit une affection grave.

Si ces divers procédés échouent, il faut avoir recours à l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther. Pendant le sommeil du malade, la tumeur disparaîtra sûrement, souvent elle reparaitra au réveil, mais

quelquefois aussi la disparition sera définitive (Obs. XII).

Les tumeurs par rétention sont justifiables d'un traitement tout différent. S'il s'agit d'une vésicule biliaire anormalement distendue, il faut aussitôt chercher à faire disparaître l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement de la bile. Contre l'inflammation des canaux biliaires, on prescrira la diète, un purgatif salin, des amers, ou suivant la méthode de Krüll des lavements à 15 ou 18 degrés centigrades. On pourra aussi faire ingérer au malade de l'huile à haute dose. Contre la rétention due à la présence d'un calcul dans les voies biliaires, on ordonnera des bains, des boissons alcalines telles que : les eaux de Vichy, de Carlsbad, de Contrexeville, de Vittel ; s'il y a menace d'ictère grave, d'angiocholite, de rupture de la vésicule, c'est à la chirurgie d'intervenir suivant les cas par un des trois procédés : cholécystotomie, cholécystectomie, cholécystentérostomie.

La vessie distendue par l'urine sera évacuée par le cathétérisme, et s'il est impraticable, par la ponction hypogastrique. La congestion utérine sera combattue par les injections vaginales chaudes, le repos au lit.

La coprostase cédera ordinairement aux purgatifs drastiques, aux lavements simples ou purgatifs. S'ils sont insuffisants on aura recours aux bains tièdes, aux lavements électriques ou gazeux. Après l'échec de ces divers procédés, il y a obstruc-

tion intestinale, et c'est à la chirurgie d'intervenir.

La dilatation gazeuse de l'estomac est presque toujours accompagnée de phénomènes dyspeptiques, c'est en luttant contre ceux-ci qu'on provoquera l'affaissement de la tumeur. Quant aux organes déplacés, il faut, avant tout, les remettre dans leur situation primitive et les y maintenir, ce qui est plus délicat. Chez le malade que nous avons observé, la ponction a suffi pour que le foie reprenne sa place normale dans l'hypocondre droit. Le rein mobile, la rate luxée, doivent être ramenés, autant que faire se peut, dans leurs loges respectives. Pour les y maintenir on fera porter au malade une ceinture appropriée, on lui défendra les exercices violents, et pendant les accidents, on prescrira le repos complet au lit. La fixation du rein au moyen de procédés chirurgicaux a donné également de bons résultats.

Fausse tumeur par déplacements d'organes, par contracture douloureuse des muscles droits, par surcharge graisseuse de la paroi abdominale, par rétention de produits de sécrétion.

OBSERVATION I

Observation personnelle. — Service de M. le professeur Potain à la Charité.

M... Alfred, âgé de 43 ans, peintre en bâtiments ; entré le 22 avril 1896, et couché au n° 1 de la salle Bouillaud, service de M. le professeur Potain à la Charité.

A son entrée dans la salle, le malade présente une teinte subictérique des téguments. L'abdomen est gros et distendu, il contient une grande quantité de liquide.

L'état général du malade n'est pas mauvais, ses fonctions digestives sont assez bien conservées, l'appétit est bon.

Le cœur est hypertrophié, la pointe est abaissée et déviée en dehors, l'oreillette droite déborde un peu le sternum à la base.

La partie découverte de l'organe présente des contours à forme irrégulière, dénotant probablement quelques adhérences péricardiques.

L'auscultation révèle un souffle intense, à tonalité basse, de systolique, qui s'étend de la pointe à l'appendice xyphoïde, et à la base un bruit de galop qui augmente d'intensité pendant l'inspiration. Les jugulaires et le foie sont soulevés par un pouls veineux vrai. Il y a donc hypertrophie cardiaque et insuffisance tricuspidiennne. P. 104. PA : 0.25 cent. de mercure.

Dans l'hypocondre droit, un peu à droite de l'épigastre et débordant les fausses côtes, on remarque une saillie notable, rénitente, sonore à la percussion superficielle, mate à la percussion profonde, qui semble produite par une tumeur appartenant au foie, vésicule biliaire ou kyste hydatique.

La rate mesure 0, 15 centimètres.

Les urines sont légèrement albumineuses.

L'auscultation des poumons dénote quelques légers froissements aux deux bases.

Dans les antécédents de cet homme, on trouve des coliques de plomb en 1878 et en 1889 et trois attaques de

rhumatisme en 1870, 1878 et 1889, à la suite desquelles le malade n'éprouva rien du côté du cœur. C'est, il y a 18 mois seulement, cinq ans après la dernière attaque, qu'il éprouva un peu de dyspnée d'effort et de l'œdème malléolaire. Il y a six mois apparut l'ascite, qui prit des proportions assez considérables pour nécessiter sept ponctions depuis le mois de mai 1895.

Le 25 avril la dyspnée ayant un peu augmenté et n'étant pas arrêtée par une application de ventouses, M. le professeur Potain fait pratiquer une ponction.

On retire de l'abdomen huit litres de liquide.

Le ventre vidé, la tumeur du foie a notablement diminué, il reste un léger soulèvement des muscles droits parésiés, derrière lesquels on peut sentir un organe gros, lisse et dur, qui n'est autre qu'un foie cardiaque, sans aucune trace de tumeur.

La tension artérielle tombe à 0, 20, puis à 0, 19 centimètres de mercure. La pression veineuse ayant diminué, le cœur est moins distendu. A l'auscultation les signes d'insuffisance tricuspidiennne ont diminué d'intensité, et l'on peut constater maintenant un souffle apexien, à tonalité haute, se propageant vers l'aisselle, signe manifeste d'insuffisance mitrale.

OBSERVATION II

Observation tirée de la clinique médicale de M. le professeur Potain. Hôpital de la Charité. *Semaine médicale*, 27 mai 1896, page 209.

Je fus appelé autrefois à l'hôpital Necker par Desormeaux qui avait dans son service une jeune fille chez laquelle existait, au niveau de l'épigastre, une tumeur très résistante, fort douloureuse, et qui paraissait causer une grande gêne à cette jeune personne, dont la santé générale était cependant très florissante. Desormeaux avait fait une première ponction qui n'avait donné aucun résultat, et comme on était au début de la méthode aspiratrice, on me pria de venir.

Je crus, pour ma part, à une tumeur du foie, à un kyste hydatique notamment, d'autant qu'on pouvait suivre le rebord de cet organe au de là des limites de la tumeur; et pensant que l'instrument n'avait pas, la première fois, assez profondément pénétré, je fis une seconde ponction, qui fut également négative. Mon collègue, estimant que ce cas difficile relevait plutôt de la médecine que de la chirurgie, la malade fut transférée dans mon service. Je dois avouer que je fis une troisième ponction sans plus de résultat que précédemment.

J'en cherchai la raison, et après une exploration minutieuse, je constatai que la paroi abdominale tout entière

était en état de forte tension, que les mouvements du diaphragme se faisaient peu sentir, qu'il existait enfin, en raison d'une douleur siégeant au niveau des vertèbres lombaires, une ensellure particulière de cette région.

Je supposai dès lors que la tumeur pouvait n'être que la conséquence d'une contracture des muscles de la paroi ayant déterminé un déplacement du foie, et je soumis la malade au chloroforme : la tumeur disparut, le foie rentra dans sa loge ; mais, l'effet de la chloroformisation s'atténuant progressivement, le foie se déplaça de nouveau, reconstituant la tumeur. En raison de la perte de tonicité et du déplacement des muscles droits antérieurs de l'abdomen, de la contracture des muscles obliques, transverses, et du diaphragme, il se produisait un soulèvement avec projection en avant de la partie supérieure de la paroi abdominale, soulèvement d'autant plus facile que la paroi est à ce niveau presque exclusivement défendue par les muscles, l'aponévrose faisant défaut : la contraction énergique du diaphragme chassait ensuite le foie, qui venait se loger dans la poche ainsi formée.

OBSERVATION III

Observation tirée de la thèse de Glais, 1875. Recueillie à la clinique d'accouchements dans le service de M. Depaul.

Le 17 décembre 1874 une femme de 24 ans, mariée depuis deux ans, est venue consulter à la clinique pour

savoir si elle était enceinte. Son ventre a commencé à grossir il y a six mois; cette augmentation de volume a surtout fait des progrès depuis deux mois. Il est à remarquer qu'en même temps que son ventre a grossi, elle a dit avoir maigri des membres. En examinant l'abdomen, on le trouve développé à peu près comme celui d'une femme enceinte de six mois. Enfoncement marqué de la cicatrice ombilicale. En pinçant la peau, on fait un pli large comme trois travers de doigts.

Les seins sont devenus gros et, par la pression, on fait sourdre quelques gouttes d'un liquide séro-lactescent. L'aréole est brune.

Elle n'a rien éprouvé du côté des voies digestives.

Elle continue d'être réglée très régulièrement tous les vingt jours.

Par la percussion de la paroi abdominale, sonorité parfaite.

Par la palpation aucune tumeur n'est sentie.

Au toucher le col est dur, allongé, un peu ramolli au sommet par des ulcérations soignées à la clinique. Si on essaie avec l'autre main de déprimer, au-dessus du pubis, la paroi abdominale pour sentir le fond de l'utérus, on n'y parvient pas. Cette femme n'est pas enceinte, elle est atteinte de grossesse adipeuse.

OBSERVATION IV

Observation tirée de la clinique du Dr Lancereaux, hôpital de la Pitié, 1879. *Union médicale*, 1880, 353.

Au n° 36 de la salle Sainte-Geneviève, vous avez vu une belle et forte femme âgée de 30 ans. Réglée à 16 ans, mariée à 20 ans, elle avait eu deux enfants qu'elle avait nourris, lorsqu'il y a quatre ans, après un retard de six semaines, elle eut une métrorrhagie abondante, et le médecin appelé constata les jours suivants, au dire de la malade, l'existence d'une tumeur rétro-utérine ; elle dut garder le lit pendant deux mois, eut encore quelques hémorrhagies, resta faible et pâle ; puis, elle recouvra peu à peu son embonpoint et ses forces ; mais depuis lors, elle souffre dans le ventre. Depuis dix mois surtout, elle éprouve des douleurs vives, presque continuelles, localisées dans le flanc droit, irradiant vers la fosse iliaque, avec des exacerbations qui ont fait croire aux médecins appelés qu'ils s'agissait de coliques hépatiques ou de coliques néphrétiques. Entrée dans le service le 16 août, alors que j'étais absent, cette femme fut considérée par mon interne comme étant atteinte de coliques hépatiques, la méprise était d'autant plus compréhensible que la malade présentait alors une légère teinte jaunâtre de la peau et des conjonctives. A mon retour, je l'examinai, et, en palpant le flanc droit, je crus sentir quelque chose d'anor-

mal ; la faisant respirer largement, et soutenant de la main gauche la région lombaire, tandis que je déprimais de la main droite le paroi abdominale, qui était dans le cas présent particulièrement souple et flasque je pus reconnaître l'existence d'un corps ayant presque le volume du poing, lisse, élastique, réniforme, à convexité externe et inférieure, qui glissait sous la main pour aller se placer au devant de la colonne vertébrale. La pression de ce corps était douloureuse pour la malade qui éprouvait encore de la douleur lorsqu'on venait à comprimer l'ovaire droit. Au toucher vaginal, on constatait que le cul-de-sac droit était effacé, et qu'il existait en arrière une tumeur fixe, arrondie, ferme, douloureuse, constituée vraisemblablement par l'ovaire entouré de fausses membranes. Cette tumeur était encore facile à sentir quand on déprimait la paroi abdominale au-dessus de l'arcade crurale ; à gauche lésions analogues, mais moins nettes. La malade s'étant couchée sur le ventre, la percussion comparative des deux régions lombaires dénota une sonorité plus grande à droite, et la palpation une plus grande dépressibilité du même côté.

En présence de ces différents signes, le diagnostic n'était pas douteux ; il s'agissait bien certainement du rein droit ; d'ailleurs, l'irradiation des douleurs vers la fosse iliaque, leur persistance entre les crises devaient éloigner l'idée de coliques hépatiques, et, de plus, la malade avait remarqué elle-même qu'elle souffrait davantage à chaque époque menstruelle, ou après un exercice violent, tel que la danse ou une marche prolongée, ce qui arrive dans la luxion du rein.

Le repos absolu au lit pendant un mois n'a pas fait disparaître entièrement les douleurs, néanmoins la malade est mieux. Nous avons conseillé d'éviter tout travail fatigant, de porter une ceinture hypogastrique et au-dessus une large bande de toile faisant plusieurs fois le tour du corps pour soutenir la paroi abdominale relâchée et maintenir le plus possible les viscères dans leur situation respective.

OBSERVATION V

Gazette des hôpitaux, 1874, page 666. Observation du Dr Protais.

Mme X., propriétaire, 35 ans, fait une chute de voiture, est violemment projetée sur un morceau de pierres. En se relevant, elle ressentit une douleur très vive à l'hypocondre gauche, suivie de nausées et d'impossibilité de redressement du tronc. Un médecin appelé constata une tumeur qu'il essaya de résoudre avec les sangsues et l'onguent mercuriel double ; mais cette lésion essentiellement apyrétique ne diminua pas, et les vomissements et les douleurs à la grande courbure stomacale persistèrent avec une désespérante opiniâtreté... On m'appela six semaines après l'accident. Je constatai, en effet, à la région iliaque, une tumeur longue de 15 centimètres, large de 9 et placée verticalement. Elle est très mobile et facile à circonscrire. P. 80. T. normale.

Je reconnais la rate, je la refoule dans son hypocondre

où je la maintiens avec une serviette d'abord et plus tard avec une ceinture hypogastrique.

La réduction opérée, le mieux s'est accusé et la malade ne sentant plus sa douleur à la grande courbure, et les envies incessantes de vomir, avale avec avidité un grand verre de Malaga. Les jours suivants, elle prend café et viandes grillées, et peut sortir de son lit : ce qu'elle ne connaissait plus depuis longtemps déjà.

OBSERVATION VI

Th. Medical Record New-York année 1876, page 240.

Section d'obstétrique, Académie de médecine de New-York, professeur Isaac E. Taylor, président.

Le Dr Chadsey rapporte le cas d'une femme âgée de 40 ans qui n'a jamais eu d'enfants. La partie inférieure de l'abdomen était distendue par une tumeur dure qui comprimait la vessie et qui avait pris une extension telle que le cathétérisme était devenu nécessaire. La vessie vidée, on administra un cathartique actif et un vomitif. Les règles apparurent peu abondantes et la tumeur utérine revint à son premier volume. La femme la sentit augmenter à nouveau pendant quelque temps encore, puis au retour du flux menstruel, elle disparut complètement.

Etait-ce une congestion de l'utérus ou autre chose ?

OBSERVATION VII

Observation tirée de la thèse de Bettremieux, 1865.

Dans le mois de janvier 1858, entrant à la Salpêtrière une jeune fille qui avait été séduite. La mère raconta qu'elle était enceinte de trois mois et qu'à partir de ce moment de la conception, elle avait présenté les troubles intellectuels qui l'amenaient à l'hospice. La folie était une mélancolie avec stupeur des plus prononcées.

En palpant l'abdomen, on sentait une tumeur arrondie dépassant le pubis. Pendant les premières semaines de son séjour à l'hospice, M. Baillarger examina à plusieurs reprises le ventre, mais sans y attacher autrement d'importance; il lui semble en effet que l'utérus se développait; il y avait des vomissements le matin, la malade accusait de fréquentes envies d'uriner. Au bout de six semaines environ, cette jeune fille guérit de sa maladie mentale; le ventre conservait toujours son volume; cependant la malade affirmait n'avoir jamais senti de mouvements. Un matin M. Baillarger ne fut pas peu surpris de trouver le volume du ventre considérablement diminué, il n'y avait eu cependant ni écoulement d'eau dans le vagin, ni hémorrhagie. La malade dit alors que cela venait de ce qu'elle pouvait mieux retenir ses urines et qu'elle urinait moins souvent et davantage à la fois. Jusque-là ajouta-t-elle, elle urinait sept ou huit fois dans les 24 heures,

mais en très petite quantité chaque fois. Cette révélation fut un trait de lumière. On introduisit une sonde dans la vessie, et on retira 2 litres d'urine qui y étaient restés encore. Les règles, qui avaient manqué depuis six mois, ont reparu à partir de ce moment.

OBSERVATION VIII

Tumeur de l'épigastre prise pour un cancer et ayant disparu en quelques mois. — Thèse de Caillaud, 1873.

Femme X..., entrée à la Pitié, salle Sainte-Geneviève, le 20 février 1872, sortie le 13 avril, âgée de 62 ans.

La santé avait été bonne jusqu'au commencement de 1872 ; à cette époque, sans causes appréciables, elle perd son appétit, elle est prise de vomissements abondants et elle maigrit beaucoup.

Vers le 15 février elle est prise d'un ictère assez prononcé, c'est ce qui la décide à entrer à l'hôpital. Elle porte une tumeur située sur les limites de l'épigastre et de l'hypocondre droit ; cette tumeur est douloureuse, de la grosseur d'un œuf de poule, elle est animée de battements de transmission.

En même temps que l'ictère, est survenue une constipation opiniâtre ; c'est pour la première fois qu'apparaissent ces symptômes car jusqu'à cette époque les selles avaient été assez régulières.

L'amaigrissement considérable, les vomissements, le

siège de la tumeur pouvaient faire penser à un cancer de l'estomac comprimant les voies biliaires et déterminant ainsi, soit par compression, soit par propagation des phénomènes d'ictère.

Cette hypothèse l'emporte pendant quelques jours ; mais la sensibilité de la région ne permettant pas une exploration complète, M. Gallard songea à une tumeur stercorale et administra des purgatifs drastiques répétés pendant une huitaine de jours avec intervalles de repos.

La tumeur a disparu graduellement. Les vomissements s'arrêtent, l'appétit revient et la malade sort le 13 avril complètement guérie.

OBSERVATION IX

Observation tirée de la clinique faite par M. le professeur Potain à l'hôpital de la Charité. *Semaine médicale*, 27 mai 1896, page 209.

J'ai fait autrefois un voyage lointain pour constater qu'une vésicule biliaire distendue avait été prise pour un cancer de l'estomac. Récemment encore nous avons cru reconnaître l'existence, dans la cavité abdominale, d'une tumeur mobile que nous avons considérée comme un rein déplacé et que l'autopsie nous montra appartenir à une vésicule distendue et anormalement libérée.

Fausse tumeurs d'origine nerveuse et grossesses imaginaires.

OBSERVATION X

Observation tirée de la clinique de M. le professeur Potain. Hôpital de la Charité: *Semaine médicale* du 27 mai 1896, page 209.

J'ai vu autrefois, avec Verneuil, une jeune fille hystérique qui croyait avoir une tumeur de ce genre, et chez laquelle il s'agissait tout simplement d'une contraction irrégulière des muscles abdominaux déterminant des saillies inégales que l'on pouvait faire naître ou disparaître avec la plus grande facilité.

OBSERVATION XI

M. Richelot. *Bulletin de la société anatomique*, 23 mai 1894.

En juillet 1887 M. Rigal envoyait à Bichat un homme de 59 ans qui semblait atteint de sténose pylorique.

L'histoire de ce malade était curieuse; franchement hystérique, il avait une hémianesthésie complète du côté gauche et depuis cinq ans à la suite de l'absorption d'un verre de pétrole (?) des vomissements à peu près continuels. Douleurs légères, émaciation considérable, traitements variés et impuissants dans plusieurs services de médecine (Potain, Rigal, Peter). Il n'avait jamais eu ni d'hématé-

mèses, ni de melœna ; cependant M. Rigal lui attribuait un cancer de la région pylorique ou tout au moins un rétrécissement.

Je l'opérai le 26 août et par une incision épigastrique, je tombai sur un estomac parfaitement sain dont le pylore était souple et normal et que je replaçai dans l'abdomen, mais après l'avoir bien examiné.

L'influence de cette intervention fut extraordinaire ; les vomissements disparurent absolument, la sensibilité revint dans tout le côté gauche, le régime lacté fut bien toléré et le malade gardé en observation jusqu'au 1^{er} novembre, sortit de l'hôpital en parfait état.

OBSERVATION XII

Dyspepsie. Tumeur par Leube. *In Deutsche Arch. fur Klinische et medicin*, 20 mars 1883. Empruntée à la thèse de M. Deschamps. Paris, 1884, 1885.

G... R..., 36 ans, économe. A 18 ans, sensation de brûlure, d'oppression, de nausées, vomissements. Ces symptômes se répètent par crises à de longs intervalles et dans les dernières années sont devenues plus fréquentes et plus opiniâtres. Depuis deux mois le malade, indépendamment des troubles stomacaux ci-dessus, a des rejets fétides et des vomissements dans lesquels on trouve plusieurs fois un peu de sang coagulé. En même temps

il a une sensation de plénitude à l'épigastre et de douleur en un point circonscrit de l'estomac.

L'amaigrissement et l'abattement sont très prononcés.

A la palpation, on trouve une tumeur dure, petite, de la grosseur d'une noix, bosselée, douloureuse à la pression, l'estomac est dilaté jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le pouvoir digestif est très diminué comme le lavage le montre : chaque fois on trouve dans le liquide une quantité considérable d'acide libre.

La tumeur est facile à sentir à tous les moments de la digestion, paraît peu mobile, n'est pas douloureuse.

On songe à l'excision de la tumeur, et le malade, après huit jours de séjour à la clinique, sort pour mettre ordre à ses affaires et revient cinq jours après se soumettre à l'opération.

La nutrition et l'état des forces ont encore empiré et les troubles stomacaux n'ont pas diminué.

Mais maintenant, sous l'influence du chloroforme, dans le but de l'examen plus complet et au besoin de permettre l'opération, on ne trouve absolument rien à la palpation. L'opération en est restée là.

Grâce au laitage et au régime, l'état du malade va en s'améliorant depuis un mois. L'issue de ce cas nous échappe. Je dois dire cependant que ce malade est encore vivant. Il souffre encore de sa dilatation et pourtant se trouve bien mieux. Il se présente de temps en temps au médecin et sa tumeur n'a jamais reparu.

OBSERVATION XIII

Medical Times and Gazette, 1872, page 543.

Liverpool Southern Hospital. Tumeur fantôme, soignée par le Dr Carter, rapportée par M. Richmond Leigh.

M. J..., domestique, âgée de 19 ans, fut admise à l'hôpital le 28 août 1871, souffrant d'une tumeur de l'abdomen.

Historique. — Elle dit que cette tumeur apparut il y a trois mois, après avoir reçu un coup de pied d'un enfant qui s'agitait dans ses bras. Elle avait à peu près les dimensions actuelles, depuis elle s'est accrue un peu. D'ailleurs le volume et la sensibilité de la tumeur sont variables.

A l'examen on trouve, située dans la région épigastrique et s'étendant du cartilage ensiforme à l'ombilic, une tumeur, d'environ neuf pouces de large, ronde, fermée, sonore à la percussion, hyperesthésique. La malade éprouve dans le dos, la tête, etc., des douleurs variables en intensité et en étendue. Son tempérament est évidemment celui d'une hystérique. Elle se soulage, dit-elle, en soutenant sa tumeur avec ses draps. On lui administre de la teinture de valériane.

31 août. — Elle se plaint de douleurs après le repas. La tumeur diminue à la pression. La garde pense que la tumeur change parfois de volume. L'examen de la malade

n'est pas possible pendant le sommeil car elle se réveille au moindre contact. On ordonne de l'asa foetida.

4 septembre. — Aucune amélioration. La tumeur ressemble à une contracture de la partie supérieure des muscles droits. En présence de faits aussi douteux, on donne du chloroforme, et avant la résolution complète des muscles, la tumeur disparaît sans laisser aucune trace perceptible.

8 septembre. — La malade quitte l'hôpital dans l'état où elle était entrée.

OBSERVATION XIV

Da Costa. Leçon clinique sur des fausses tumeurs ou tumeurs fantômes de l'abdomen faite à l'hôpital pensylvanien en juin 1871. *Philadelphia medical Times* ; 1870-1871, tome I, p. 449.

Corn..., 18 ans, célibataire, entra à l'hôpital le 8 octobre 1870, demandant à être opérée d'une tumeur abdominale.

C'est une jeune fille qui a coutume de porter des fardeaux excessifs. Elle avoue des habitudes de masturbation. Elle présente une tumeur circonscrite, lisse, ferme, mais élastique, occupant la ligne médiane de l'abdomen et s'étendant du cartilage ensiforme au voisinage de l'ombilic. Cette tumeur existe depuis plusieurs mois, et trois ou quatre mois avant l'admission de la malade, une opération a été tentée, en vue d'extirper la tumeur. Cette tentative

fut abandonnée, car il se produisit tout à coup un échappement de gaz, et un des chirurgiens présents, le fait a été établi, supposa qu'on avait perforé l'estomac. Une large cicatrice rouge, de 3 pouces de long et siégeant sur la ligne médiane, indique encore le lieu d'élection pour l'opération.

L'échappement des gaz produisit une diminution de la tumeur, diminution qui, de l'aveu de la malade, s'accrut pendant une heure ou deux après l'opération.

Le jour de son arrivée, la jeune fille a été éthérisée par le médecin résident Dr Var Harlingen, et la tumeur a entièrement disparu, laissant à l'abdomen un aspect absolument normal, excepté à l'endroit de la cicatrice. Cet état de flaccidité de la paroi abdominale dura pendant les quelques heures qui suivirent l'éthérisation, et la tuméfaction ne reprit sa situation primitive que plusieurs jours après.

La malade qui avait eu un peu de constipation, prit de l'eau de Cougren, on lui prescrivit aussi une douche en pluie quotidienne, des toniques et des amers.

Elle passa ensuite entre les mains du Dr Morton qui prit la charge du service. Il lui fit porter un corset destiné à soutenir la paroi abdominale à l'endroit de la tumeur. Et le 29 novembre, la malade quitta l'hôpital sur sa demande.

OBSERVATION XV

Da Costa. Leçon clinique sur des fausses tumeurs ou tumeurs fantômes de l'abdomen faite à l'hôpital pensylvanien en juin 1871. *Philadelphia Medical Times* ; 1870-1871, tome I, p. 449.

Eugène L., 28 ans, fut admis à cet hôpital le 10 juin. Il se trouvait dans un état d'inconscience complète. Il s'est réveillé avec une cécité presque totale des deux yeux, cécité qui s'est ensuite peu à peu dissipée.

Vers le 18 courant apparaît à la région épigastrique, et plus spécialement marquée à la partie inférieure de cette région, une proéminence donnant la sensation d'une tumeur solide. Cependant cette tumeur est sonore à la percussion. Si l'on percute brusquement les muscles abdominaux, ils se contractent et la tumeur disparaît, mais pour reparaître dès que les muscles entrent en relâchement. En appliquant sur le ventre un courant faradique puissant avec les électrodes mouillées, celui-ci se creuse en bateau, et la tumeur disparaît. Elle reparaît quand le courant cesse.

Cet homme a de bonnes digestions et n'est pas dyspeptique. Il ne s'est pas préoccupé de sa tumeur qui, croit-il, existait avant son attaque. Il est maintenant, 24 juin, sur le point de quitter l'hôpital. Sa tumeur a diminué, mais subsiste encore. Il est vraisemblable qu'elle disparaîtra comme elle est venue.

OBSERVATION XVI

Da Costa. Leçon clinique sur des fausses tumeurs ou tumeurs fantômes de l'abdomen faite à l'hôpital pensylvanien en juin 1871. *Philadelphia medical Times* ; 1870-1871, tome I, p. 449.

Marie D..., 35 ans, entra dans mon service le 5 juin 1869. Elle établit qu'elle est entrée à l'hôpital huit ans auparavant pour une hydropisie, et que pendant dix mois, avant sa présente admission, elle a porté une tumeur à la face et au pied. Et pendant les deux derniers mois, elle aurait eu également une tumeur de l'abdomen, de dimensions variables, ou selon son expression, une tumeur qui « allait et venait ».

Elle est mal réglée, son pied est encore enflé et y reste encore plusieurs jours après son entrée à l'hôpital. L'urine contient un peu d'albumine. Rien du côté du cœur et du foie, un peu de constipation.

L'abdomen a 32 pouces $1/2$ de circonférence, ne renferme pas d'ascite. A la partie la plus inférieure du ventre et s'étendant jusqu'aux flancs, on constate une tumeur à bords irréguliers, tympanique à la percussion, sauf autour de l'ombilic. La contracture des muscles droits trace une rainure profonde qui passe par le centre de la tumeur, suivant l'axe de ces muscles. Sur les côtés la tumeur est tendue et bombée.

On donne de l'éther, la tumeur disparaît, mais pour reparaître avec la cessation de l'anesthésie.

Une forte pression la fait également disparaître temporairement... La malade dit d'ailleurs que sa tumeur est plus accentuée après les repas et, qu'à certains moments, elle disparaît presque en totalité.

Au cours de plusieurs examens on note à la percussion un son plus clair, à caractère tympanique et plus éclatant que sur les parties environnantes.

La peau est mobile sur la tumeur dont les bords sont irréguliers au point qu'on en arrive à douter de la contracture musculaire.

Le 30 la tumeur disparaît et les parois abdominales restent flasques. Le sillon de la ligne médiane qui était bien marqué a disparu.

Le traitement a consisté en laxatifs, noix vomique, bonne nourriture, et diurétiques. Pendant tout ce temps aucune masse de matière fécale anormale n'a passé.

OBSERVATION XVII

Observation tirée de la clinique de M. le professeur Potain. Hôpital de la Charité, *Semaine médicale*, 27 mai 1896, page 209.

J'ai souvenance d'une dame qui se croyait enceinte et disait éprouver tous les malaises de la grossesse. Après un examen approfondi, et malgré, je dois le dire, les protestations de la malade, je crus devoir admettre une fausse grossesse. Je pus d'autant moins la persuader qu'elle avait eu, disait-elle, trois enfants et deux fausses grossesses, et

qu'elle savait très bien faire la différence. Or, sa fausse grossesse dura neuf mois et se termina sans l'expulsion d'aucun fœtus.

OBSERVATION XVIII.

Pajot. — *Obstétrique et gynécologie.* — Thèse de Mlle Hern.

Il y a plus de 25 ans, on me pria de voir une dame d'une trentaine d'années, mariée à un officier en retraite, sexagénaire et très cassé. La personne à laquelle on me présenta, était une femme brune de peau, à cheveux très noirs, un peu maigre, évidemment hystérique d'après les renseignements recueillis, menant une vie sédentaire, digérant mal, habituellement constipée et tourmentée depuis longtemps, d'un désir immodéré d'être enceinte : désir enfin réalisé.

On ne me faisait pas venir pour constater la grossesse, certaine pour tout le monde, et reconnue d'ailleurs par une sage-femme. La question qu'on me posait en présence du mari et du frère de la dame, était celle-ci : avait-on le temps, avant l'accouchement, d'accomplir un voyage important, pour des affaires de famille et pouvait-on espérer être revenue à temps pour faire ses couches à Paris ? Le voyage demandait près d'un mois. La jeune femme était vêtue d'un peignoir flottant sans ceinture. Le volume du ventre n'était pas appréciable. Elle consentit à se placer sur son lit.

La palpation me fit faire un mouvement involontaire de surprise. J'étais encore jeune et peu cuirassé contre les étonnements que nous réserve la clientèle.

L'abdomen était assez tendu, mais il n'y avait d'utérus de 8 mois, ni de 6, ni de 5, ni de 4. Je m'informai des règles. Elles étaient régulières. Je touchai la matrice qui était petite, le col dur en toupie, la grossesse n'existait pas.

Manquant d'autorité et d'âge à la fois et d'une longue expérience, qu'allais-je dire à ces gens-là ? Je pris le parti de garder le silence avec la jeune femme. Le frère et le mari furent appelés près de moi dans une chambre voisine et je leur confessai toute la vérité. La stupéfaction du mari surtout fut extrême, on accueillit ma déclaration avec une politesse suffisante, mais il était facile de s'apercevoir qu'en raison de ma jeunesse, ces messieurs ayant réfléchi ne croyaient pas un mot de ce que j'avais eu l'honneur de leur dire. Trois ans après, j'eus des nouvelles de cette dame par une de ses amies, elle n'était pas encore accouchée.

OBSERVATION XIX

Observation du Dr Maryantchik de Kieff (Russie). *Mémoires d'obstétrique et de Gynécologie*, page 243, année 1894.

Mme N. N., 44 ans, personne forte et pléthorique, n'ayant pas d'enfants, quoique mariée depuis plus de 10

ans, avait ses menstrues régulièrement jusqu'à cette année. Il y a 11 mois, elle commença à souffrir de nausées et de vomissements ; quelque temps après, elle remarqua un gonflement et une certaine sensibilité des mamelles, devint difficile sur son alimentation, nerveuse, et commença à souffrir de diarrhées prolongées qui ne l'ont pas quittée jusqu'à présent. Les règles revenaient chaque mois, mais au lieu de durer comme autrefois trois à quatre jours, elles ne duraient que quelques heures et se montraient peu colorées et peu abondantes. Le médecin auquel elle s'adresse la déclare enceinte, mais lui recommande néanmoins de consulter un accoucheur. Malheureusement elle ne le fit pas. Les couches attendues devaient arriver, d'après ses calculs, vers la fin du mois d'avril. Quatre mois après l'apparition de tous les symptômes cités, elle commença, d'après ce qu'elle dit, à sentir les mouvements de l'enfant qui devenaient de plus en plus forts, tandis que le ventre continuait à grossir. Bientôt après le médecin l'examinait de nouveau et affirmait qu'il entendait les battements du cœur du fœtus et le souffle placentaire.

Le temps de l'accouchement attendu arriva enfin. La sage-femme s'établit dans la maison ; quelques parents vinrent de la ville pour assister à l'accouchement, qui devait être pénible comme on le supposait ; tout était prêt, même le linge de l'enfant. Mais les semaines se succédèrent, après le terme attendu, sans qu'il y eut le moindre signe de l'approche des couches. Les amis étaient fatigués d'attendre ; ses parents retournèrent chez eux ; quant à elle-même, elle devint extrêmement irritable et tomba complètement dans le désespoir, d'autant plus que sa

mère était morte d'hydropisie exactement au même âge.

Néanmoins elle ne cessait d'affirmer qu'elle ressentait les mouvements du fœtus tout aussi distinctement qu'avant.

Telle est l'histoire du cas au moment où je la vis pour la première fois.

En l'examinant j'ai trouvé ceci : les seins sont augmentés, mais mous et flétris, les mamelons un peu gonflés, les aréoles fortement pigmentées, les tubercules de Montgomery font saillie sur la surface des aréoles. Le ventre est gros comme à la fin d'une grossesse. Après avoir détourné pour un moment son attention et après avoir surmonté avec peine la résistance des muscles abdominaux tendus, je trouvai l'utérus d'un volume normal. La percussion donnait un son clair, parce que les intestins étaient fortement tendus par des gaz dont la malade a confondu les mouvements avec des mouvements fœtaux. Dans la cavité abdominale, on reconnaissait une quantité considérable de liquide ascitique. Le vagin est pâle, et le col et l'orifice de l'utérus sont dirigés en bas, hypertrophiés et présentent une ulcération granuleuse. Le chagrin de la malade quand je lui ai déclaré que ses préparatifs étaient inutiles, du moins pour le cas présent, n'avait pas de bornes. Je lui prescrivis, avec son médecin, qui était maintenant de mon avis, le changement d'air, des toniques et des diurétiques. Au moyen de ce traitement, l'intumescence du ventre et les symptômes de la grossesse imaginaire disparurent avec une rapidité étonnante.

OBSERVATION XX

Observation du Dr Maryantchik de Kieff (Russie). *Nouvelles Archives d'Obstétrique et de Gynécologie* (année 1894, page 243).

Mme G., 29 ans, femme pléthorique, mariée depuis trois ans, mit au monde deux enfants morts-nés. Le dernier accouchement eut lieu au mois de janvier. Jusqu'au mois de juin, elle avait des menstrues régulières ; en juillet elle n'en a pas eu ; elle commença à souffrir de nouveau et à se croire enceinte. A la fin d'août elle eut un abondant écoulement sanguin et vint à l'hôpital me consulter. Je lui recommandai le repos, les injections vaginales de tannin, et à l'intérieur de la poudre de Dower ; je lui ordonnai de revenir dans quelques jours, mais elle ne revint pas avant le 19 février. Elle me déclara à ce moment que le traitement qui lui avait été prescrit avait complètement arrêté l'hémorrhagie.

Dès lors elle est persuadée qu'elle est enceinte. Son ventre ne cesse de grossir. Dans ses seins, elle sent de la plénitude, et ils renferment même du lait. Pour me le prouver elle exprima de ses mamelons bombés une assez grande quantité de liquide laiteux. Ses aréoles sont distinctement tracées et les glandes sébacées autour de chacune d'elles sont aussi manifestes que dans la grossesse. La malade affirme sentir les mouvements du fœtus, et ses sensations sont sous tous les rapports semblables à celles

qu'elle éprouvait pendant les grossesses antérieures. Depuis quelques jours elle a des mictions fréquentes, surtout pendant la nuit, du ténesme et des coliques intermittentes; dès lors elle attend ses couches d'un moment à l'autre.

En l'examinant je trouve le ventre très tendu et grossi comme au neuvième mois de la gestation, mais il n'est pas ovale ou pyriforme, il est complètement rond, l'ombilic est tiré en dedans. En causant avec le malade et en détournant son attention, je constate que l'utérus a son volume normal. Le vagin est pâle, le col long, et dirigé en bas. J'apprends alors à la malade qu'elle n'est pas enceinte, et elle m'exprime ses doutes sous une forme très grossière tant est grand son mécontentement.

L'accouchement ne se produisant pas, elle revient quelques jours après, on lui prescrit du sulfate de fer et de la magnésie dans une infusion de gentiane. Ce traitement si simple rétablit sa santé.

CONCLUSIONS

Les fausses tumeurs peuvent exposer à de très graves erreurs, les exemples en sont nombreux dans les observations XI, XII, XIV, aussi doit-on chercher une règle de conduite qui permette de les éviter.

Chaque fois qu'à l'abdomen on rencontrera une tumeur mobile, fugace, tympanique, brusquement survenue, on songera à la possibilité d'une fausse tumeur d'origine nerveuse. Si après un examen complet il reste quelque doute dans l'esprit, on aura recours aux anesthésiques, la tumeur fantôme ne résiste pas à l'éther ou au chloroforme.

S'il s'agit d'un organe déplacé, et qu'une disposition particulière de la paroi empêche d'en percevoir les contours, on ira le chercher à la place qu'il devrait normalement occuper, suivant les procédés antérieurement indiqués.

On n'oubliera pas enfin que l'accumulation de solides, de liquides et de gaz dans des cavités na-

turelles peuvent produire des tumeurs dont la durée varie de quelques heures à quelques semaines et que leur terminaison sera presque toujours spontanée pour peu que l'on pense à leur origine et à l'obstacle qui les produit.

Vu : le Président de la thèse,

POTAIN.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

